

## **ADHERER A L'ALPC, C'EST AUSSI :**

Partager ses valeurs :

Intégration et autonomie  
Plaisir de communiquer en français  
Solidarité et partage entre familles

Contribuer à bâtir une société où l'éducation et l'avenir  
des enfants sourds seront semblables à ceux de tous les enfants.

***L'ALPC s'est donné pour mission de lutter contre l'exclusion des sourds en leur rendant la langue française (orale et écrite) accessible, grâce au code LPC. Elle a besoin de votre adhésion pour atteindre ses objectifs :***

- Écouter, guider et soutenir les familles d'enfants sourds
- Former à la pratique du code LPC les parents et professionnels
- Organiser des stages, lieux de formation, d'échange et d'entraide
- Promouvoir la scolarisation en langue française
- Développer la recherche et diffuser les connaissances et les expériences sur la langue française parlée complétée

***L'adhésion pour l'année civile 2018 permet :***

- de participer aux différentes activités de formation proposées par l'ALPC
- d'acheter nos publications
- de bénéficier d'un tarif préférentiel d'accès aux journées d'action
- de recevoir nos bulletins d'information

Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, dite "Informatique et Libertés", nous vous précisons que les informations nominatives qui nous sont communiquées sont réservées aux besoins internes de gestion de l'association. En aucun cas elles ne seront communiquées à des tiers sans votre autorisation. Vous disposez par ailleurs d'un droit d'accès et de rectification.

## **BULLETIN D'ADHESION 2018**

### Établissements médico-sociaux (et Associations gestionnaires)

**NOM et Adresse (ou cachet) :**

.....  
 .....

Code postal : ...../...../...../...../...../..... Ville : .....

Pays : .....

Tél. : ..... Fax : ..... Email : .....@.....

**Email du service comptable :** .....@.....

**Personne chargée des relations avec l'ALPC:**

NOM : ..... Prénom.....

Titre ou fonction : .....

Ligne directe : ..... Boîte email directe : .....@.....

**Informations générales :**

- 
- ◆ Vous êtes  Nouvel adhérent  Ancien adhérent : numéro : .....
  - ◆ Activité : .....
  - ◆ Site internet (s'il y a lieu) : .....
  - ◆ Bulletin d'information (s'il y a lieu) : .....

**Cotisation :**

- 
- ◆ Cotisation établissement médico-social (et association gestionnaire) :  **150,- €**
  - ◆ Cotisation de soutien :  .....€

Chèque, libellé à l'ordre de l'ALPC, numéro: ..... Banque : .....

Date :

Signature: